

125

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marius MACQUERON

Né le 23 septembre 1893, à Yvrencheux (Somme)

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS CLINIQUES

DE

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE DE GUERRE

(1914-1915)

Président : M. CHAUFFARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

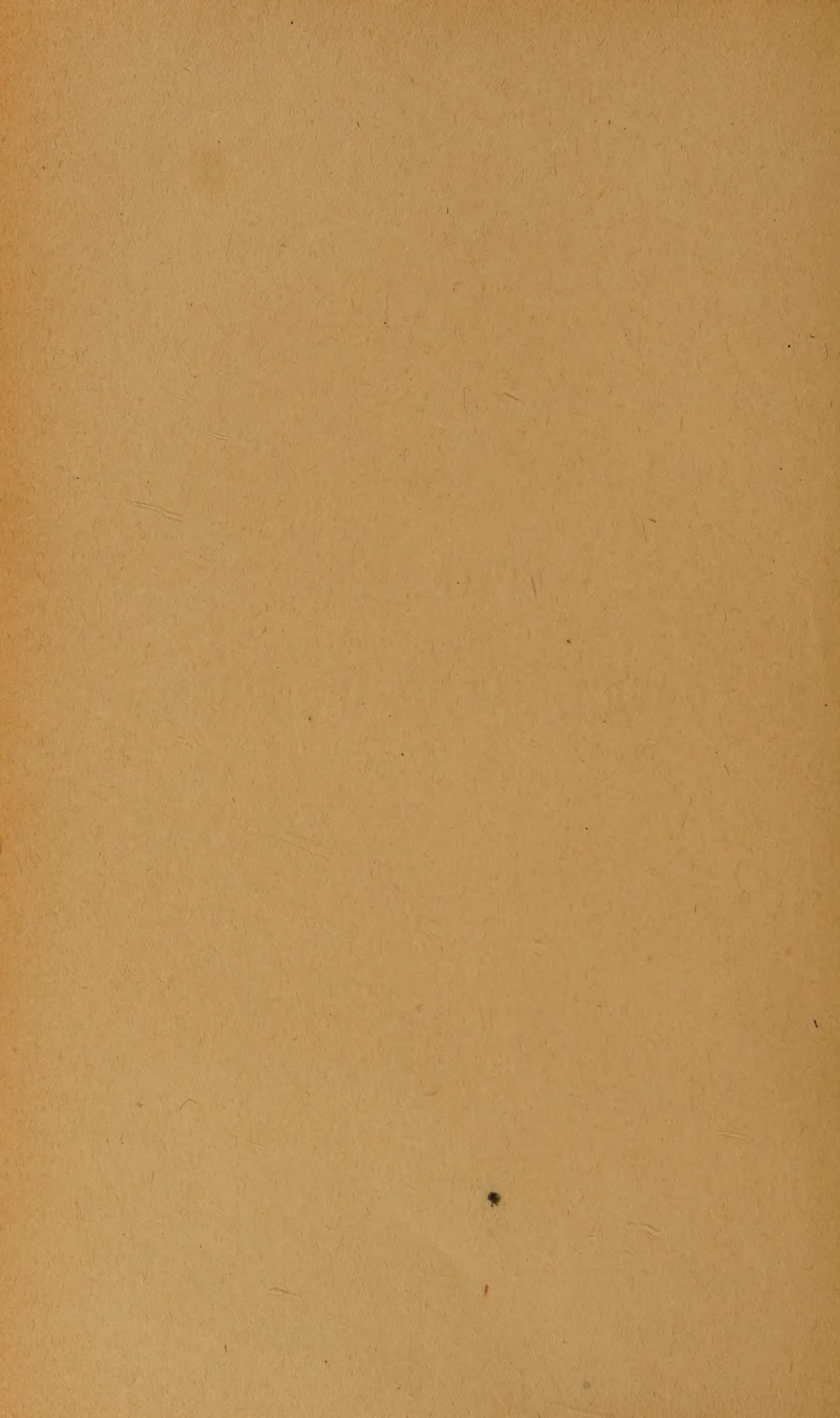
JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

1277

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marius **MACQUERON**

Né le 23 septembre 1893, à Yvrencheux (Somme)

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS CLINIQUES

DE

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE DE GUERRE

(1914-1915)



Président : M. CHAUFFARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA FAMILLE

ET

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE D'AMIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre thèse.*

SUR QUELQUES PARTICULARITES CLINIQUES
DE
LA FIÈVRE TYPHOÏDE
AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE DE GUERRE
(1914-1915)

AVANT-PROPOS

Ces quelques pages nous ont été inspirées par le Dr Hautefeuille, professeur à l'École de Médecine, médecin à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, et dont nous avons été en même temps l'élève et l'interne.

Elles ont trait à l'épidémie de typhoïde qui a sévi sur nos troupes en campagne de septembre 1914 à avril 1915, et se rapportent à des cas observés à l'hôpital 10 *bis* à Amiens.

Le sujet lui-même nous a paru intéressant : d'autres avant nous ont écrit : « On peut même dire qu'il
« n'y a point de groupe, point de milieu qui soit
« mieux approprié que l'armée à l'étude de ces condi-
« tions. Vaste agglomération d'hommes jeunes, où tous
« subissent les mêmes influences, et sont soumis aux
« mêmes obligations professionnelles, où chacun vit
« en quelque sorte de la vie de tous, elle constitue un
« milieu parfaitement homogène. En raison de l'âge
« du sujet, elle présente le summum de réceptivité
« pour les germes infectieux ; par sa mobilité et ses

« péripéties professionnelles elle est exposée tour à tour à l'insalubrité des habitations des villes... et au méphitisme des camps, aux fatigues, aux vices de régime, aux rigueurs du climat dans les guerres », et plus récemment : « la fièvre typhoïde est l'un des fléaux des armées en campagne. La dernière guerre des Balkans est là pour nous en donner la preuve. La guerre des tranchées favorise plus qu'aucune autre l'éclosion et la propagation d'épidémies. »

Voilà bien notre cas : cette épidémie sévissant sur une armée, composée encore d'individus sélectionnés, soumise à une dure épreuve physique et morale en un temps très court, vivant dans des conditions d'hygiène et d'alimentation insuffisantes, à l'époque des premiers froids après un été très chaud, semblait devoir revêtir la valeur d'une expérience de laboratoire. Il n'en fut rien et à côté de quelques formes classiques de la maladie, nous observâmes de nombreuses formes anormales, avec des particularités cliniques qui nous ont paru intéressantes à signaler.

C'est à l'étude de ces particularités que s'est attaché le Dr Hautefeuille, et disons de suite que cette recherche des « petits signes » de la maladie, convenait bien à cet observateur minutieux, qui nous a souvent étonné par l'étendue de ses aperçus cliniques, reposant sur des bases scientifiques solides.

La mortalité n'a été ni plus ni moins élevée que d'ordinaire, les complications pas plus fréquentes. Amiens de toute la guerre a été ville du front : ce voisinage épargnait à nos typhiques, ces autres

blessés du ventre à qui le premier soin devait être l'immobilisation, un trop long trajet dans ces wagons à bestiaux qui composèrent nos premiers convois sanitaires.

GÉNÉRALITÉS

Nous avons eu à soigner de septembre 1914 à avril 1915, 296 cas d'infections intestinales, que nous avons classées en typhoïdes confirmées : 227 ; paratyphoïdes A et B : 21 ; embarras gastriques fébriles : 48.

L'étude de ces 296 cas nous a permis de faire quelques observations intéressantes sur les symptômes, les complications et le diagnostic de ces affections. Après avoir dit quelques mots sur les phénomènes généraux et les déterminations cutanées, nous nous proposons de passer en revue les manifestations de la maladie sur les divers appareils, en indiquant les particularités observées.

Voici d'ailleurs, pour plus de clarté, le plan que nous avons adopté :

Signes généraux : *température.*

Peau : *gangrène.*

Système nerveux : *névrite.*

Appareil digestif : *ulcérations buccales, muguet.
vomissements, diarrhée.
hémorragie, perforation intestinales.*

Appareil respiratoire : *épistaxis.*

broncho-pneumonie.

Appareil circulatoire : *pouls.*

phlébite.

Rein : *néphrite, albuminurie.*

Rate : *tuméfaction.*

Comme on le voit, il va s'agir d'une véritable revue critique des principaux symptômes de la fièvre typhoïde, mais qu'on retienne dès maintenant :

1° Que nous ne signalerons des signes déjà connus, que les particularités que nous avons observées au cours de l'épidémie ;

2° Que nous insisterons à dessein sur des faits qui nous ont paru d'observation rare, pour ne pas dire nouvelle, comme :

L'hyperthermie du début de la perforation ;

L'épistaxis tardive ;

La phlébite précoce ;

Le point de côté splénique.

SIGNES GÉNÉRAUX

Température : nous avons rarement observé, sauf dans les rechutes ou dans les cas de contagion directe à l'hôpital, la période d'oscillations ascendantes ; nos malades arrivaient en général au septième et huitième jour de maladie. Ils étaient donc en pleine période d'état. Nous avons très souvent observé d'une façon très nette que la période d'état pouvait se décomposer en deux périodes distinctes : pendant une première période la température au voisinage de 39°8 le matin montait régulièrement à 40°5-40°8 le soir, puis vers le dixième ou douzième jour la température descendait vers 39 degrés le matin pour ne plus atteindre 40 degrés le soir ; elle se maintenait à ce niveau quatre ou cinq jours, jusqu'au seizième jour environ ; puis venait la défervescence qui se terminait vers le vingt et unième jour : telle est la forme moyenne d'une durée de vingt et un jours, la plus fréquemment observée. Dans les cas graves, cette même chute d'un échelon de 40 à 39 degrés se produisait encore, mais le plateau se maintenait à 39 degrés beaucoup plus longtemps. Quelquefois la même descente en échelon se faisait de 39 à 38 degrés, avec un nouvel arrêt de quelques jours à 38 degrés.

Nous avons observé un cas de chute brusque de 40 à 37 degrés sans hémorragie.

La courbe de température est naturellement influencée par toutes les complications : toute ascension, chute anormale de la température doivent attirer l'attention. Nous signalerons les élévations dues à un point de côté splénique tardif, à une rechute ; celles qui annoncent la perforation. Les chutes indiquent en général une hémorragie ou perforation, avec la réserve signalée plus haut ; elles précèdent aussi le collapsus cardiaque mortel.

Il est intéressant de bien connaître la courbe cyclique de la température, et la descente en échelon qui coupe la période d'état : si, en effet, on inaugure un traitement quelconque vers le dixième jour, on prendra pour un effet thérapeutique la chute normale d'un degré qui se fait spontanément.

PEAU

Nous avons souvent observé des sueurs profuses au début de la défervescence ; chez certains, des sueurs abondantes se produisaient dès le début et pendant le cours de la maladie. Le signe palmo-plantaire de Filipowicz nous a paru très fréquent, mais non constant : la coloration jaune est plus ou moins marquée, sans rapport avec la gravité de la maladie.

Abcès : Les abcès cutanés ont été exceptionnels. Chez 4 malades seulement, nous avons eu de petites

• excoriations suppurées, sans gravité. Par contre, nous avons observé à la suite d'une injection de serum au rhum un phlegmon gangréneux ayant envahi toute la cuisse : douze heures après la piqûre nous constatons, à notre grande stupéfaction, une vaste plaque noire de peau gangrenée sur la face externe de la cuisse, de forme ovale, ayant environ 20 centimètres sur 15 comme diamètre. Nous enlevons la croûte noirâtre à l'aide du thermocautère et du dessous s'échappe un pus extrêmement fétide avec gaz. La peau se trouvait décollée de la moitié de la cuisse jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Des grands lavages à l'eau oxygénée, suivis d'assèchement par des mèches de gaze, la désinfection par le thermocautère promené à 3 ou 4 millimètres de la plaie et sous la peau infectée, puis des pansements à la poudre de Lucas-Championnière et ensuite au perborate de soude donnent une amélioration rapide. Le même malade fait en même temps un abcès de l'autre côté consécutif également à une piqûre, ayant les mêmes caractères de phlegmon, mais moins important. La culture de pus donne comme résultat un anaérobie indéterminé. Le malade fait en outre un abcès gangréneux de la lèvre inférieure, se propageant jusque sous le maxillaire. De larges incisions sur la partie antérieure du menton, et une incision sous le maxillaire sont pratiquées : on y ajoute des lavages et la stérilisation par le thermocautère, et l'abcès guérit rapidement. Quant à la cicatrisation de la plaie escharotique de la cuisse, elle ne s'obtient qu'après trois mois de pansements.

Nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une réaction spéciale au sérum rhum, car nous l'avons injecté à plusieurs malades, sans qu'ils suppurent. Le malade devait porter sur lui des germes anaérobies capables de produire ces abcès gazeux, à l'occasion d'une piqûre.

SYSTÈME NERVEUX

Délire : la plupart du temps somnolence et hébété-tude complètes, rentrant bien dans le cadre de la maladie. Parfois cependant tranchant sur le délire calme et silencieux qu'on observe chez les typhiques, le délire est violent avec cris et agitation : il nous a semblé accompagner les cas graves.

Obs. I. — Diamand Louis, 118^e infanterie, 12^e compagnie, XI cps : soldat de la classe 1905, malade depuis le 6 octobre. Infecté vers le 20 septembre au retour de la bataille de la Marne ; misère physiologique profonde, cachexie extrême. Le malade d'une intelligence très rudimentaire (ne sait ni lire ni écrire) en est arrivé à la bestialité complète : il crache de tous côtés, hurle, se met à quatre pattes sur son lit, essaie continuellement de se lever. Délire dément. Constriction du pharynx (les boissons ne pouvant passer sont rejetées par le nez : on alimente le malade à l'aide d'une sonde introduite par le nez. Le malade meurt en demi-catalepsie, et en algidité complète.

Pour Picot (th. de Paris, 1915), le délire trouve son

explication dans « la tension nerveuse perpétuelle d'hommes qui se battent depuis longtemps. Le délire portait sur des choses de guerre ». Nous n'avons pas enregistré de cas de suicide ; il en signale trois cas par défénéstration.

Un de nos malades, au cours d'une typhoïde cliniquement confirmée (le séro n'a pu être fait) a succombé après avoir présenté un syndrome de paralysie ascendante aiguë de maladie de Landry.

Un autre a présenté une névrite du nerf sciatique poplité externe, consécutive, semble-t-il, à un abcès de la face externe de la jambe.

APPAREIL DIGESTIF

Langue. — L'état de la langue nous a semblé un bon signe de diagnostic et de pronostic. Dans tous les cas graves ou sérieux, nous avons observé la langue sèche, rôtie, pointue, classique en un mot, et ces caractères s'accroissaient d'autant plus que la forme revêtait une allure plus sévère. Dans les cas bénins, douteux comme diagnostic, la langue reste humide, blanchâtre ; cependant, quand on observe les malades dans la première semaine, la langue peut être humide, même dans des cas de gravité moyenne, mais devient sèche seulement vers les huitième ou dixième jour.

Nous avons observé plusieurs fois des petites ulcérations, arrondies ou ovales des lèvres, du voile du palais et de la luette. Elles apparurent dès la première semaine, quoique on ne les signale d'ordinaire que vers le milieu du second septenaire. Leurs bords rouges, leur fond gris-jaunâtre, leur diamètre de 5 à 6 millimètres n'ont rien qui les distingue des formes accoutumées. Ce qui est à retenir, c'est qu'on ne doit pas les négliger, leur présence provoquant une certaine dysphagie qui empêche le malade de boire.

Muguet. — Il a surtout existé dans les cas graves.

Il peut apparaître assez tôt et provoquer, comme les ulcérations, de la dysphagie. L'enduit blanc disparaît sous l'action du traitement, mais a une tendance très tenace à se reformer. Aussi l'examen minutieux et journalier de la bouche s'impose. Le refus de boire, opposé par certains malades est souvent causé par des lésions buccales qui passent inaperçues, si on ne les recherche pas avec soin.

Estomac. — Vomissements : certains malades ont, dès le début de la maladie, une tendance à vomir. La glace, l'eau de Seltz, l'eau mentholée suffisent souvent à calmer ces vomissements. Quelquefois c'est le lait qui est mal toléré, et il faut le supprimer. Mais dans certains cas l'intolérance gastrique est absolue : nous avons alors essayé les lavements de sérum glucosé, pris goutte à goutte, à raison de deux litres par jour. Nous avons employé aussi la sonde gastrique chez des malades qui se refusaient à boire et se cachectisaient.

Quand les vomissements surviennent au milieu de la maladie, il faut penser à une complication : cholécystite, si ces vomissements sont bilieux, ou perforation intestinale.

Chez certains convalescents, des vomissements apparaissent aussi parfois : ils reconnaissent plusieurs causes, et c'est au clinicien à leur fixer leur véritable caractère : Trousseau a signalé les vomissements par inanition ; d'autre part, on connaît l'appétit insatiable de certains convalescents : y a-t-il eu écart de régime ? penser de suite à une simple

indigestion, surtout si le vomissement existe isolé ; nous avons observé quelquefois aussi une intolérance gastrique, coïncidant souvent avec une diarrhée profuse, lientérique, par aepsie, qui peut provoquer un état de marasme et même la mort. Chauffard a noté dans ces cas une dégénérescence granulo-graisseuse des épithéliums glandulaires, les rendant inaptes à assurer leur fonction sécrétoire. Ces vomissements par intolérance peuvent aussi indiquer une rechute, mais alors il existe des signes associés, en particulier une élévation thermique.

Intestin. — Le gargouillement dans la fosse iliaque droite fut constant. La douleur à la palpation était souvent mal localisée : le malade souffrait dans tout le ventre, ou souffrait très peu. Dans les cas d'une douleur localisée au point de Mac Burney, et avec un début brusque de la maladie avec réaction péritonéale, la question d'appendicite a été parfois posée : l'évolution ultérieure, et mieux un séro remettent les choses au point.

La *diarrhée* est pour Murchinson le premier symptôme dans 38 o/o des cas. Normalement, elle est en intensité parallèle au cycle évolutif, augmente et décroît avec lui. Nous avons noté des cas où elle fut profuse, au point de mettre à elle seule la vie du malade en danger. Quelquefois sa durée est prolongée ; on a vu là un signe d'ulcération atonique de l'intestin.

Hémorragies. — Elles relèvent, comme on le sait, de deux facteurs : un facteur général hémorragipare

à manifestations, soit discrètes, telles qu'éruption, épistaxis, dont nous reparlerons, soit graves, donnant à la maladie une forme hémorragique, qu'on rencontre aussi dans d'autres grandes infections, comme la variole, le typhus et la scarlatine. En voici un cas :

OBS. II. — R..., entre le 14 octobre 1914, au huitième jour de sa maladie : typhoïde grave : hémorragies violentes par le nez, la bouche et l'intestin ; le 26, épistaxis très abondante ; le 28, vomissement de sang ; les 29, 30, 31, hémorragie interne. Température variant de 37 à 37°6. Adrénaline, ergotine, chlorure de calcium, lavements chauds. Hémostyl. Guérison.

Sous cette forme ce syndrome hémorragique est le plus souvent précoce, mais il en est un plus tardif, comme Boury (th. de Lille, 1914) l'a signalé dans sa thèse et Braillon et Bax (d'Amiens), dans un article paru dans *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* (n° 4, en date du 5 février 1914) : il complique en général une forme bénigne, et se distingue par son peu de gravité, l'absence d'érythème et sa guérison fréquente au bout de 6 à 8 jours, en quelque sorte spontanée, sans que le traitement intervenu ait agi.

En réalité nous avons eu à observer surtout des formes à processus local. Homolle signale les hémorragies dans 4 0/0 des cas. Ici, elles furent très fréquentes. Seule leur abondance a varié. Dans un assez grand nombre de cas, les selles étaient mélangées de

sang rouge, peu abondant dès les premiers jours de la maladie. Ces petites hémorragies n'influaient pas sur la courbe de température, et nous semblaient être de nature congestive n'entraînant nullement un pronostic fâcheux. Dans 5 cas seulement nous avons eu des hémorragies importantes. Les selles étaient formées de sang presque pur, rouge inondant quelquefois le lit. Elles se manifestaient par des signes généraux : tendance syncopale, pâleur, chute de température et récidivaient tous les deux ou trois jours.

Obs. III. — F..., Emile, 338^e d'infanterie, entré le 11 décembre 1914 pour courbature fébrile : en réalité il s'agit d'une typhoïde grave, avec langue sèche, diarrhée, subictère. Le malade en est au cinquième jour de sa maladie à son entrée : quatre jours plus tard, c'est-à-dire le 15 au soir, il est pris d'une hémorragie profuse, qui se prolonge les 16 et 17. La température passe de 39°4 le 15 au soir à 38 degrés le 16 au matin, 37°6 le 16 au soir, 37°2 le 17 au matin pour remonter à 39°5 le 17 au soir et se maintenir en plateau. Quand la température baissait le pouls a passé successivement de 110 à 124 puis 132 pulsations. Il n'y eut pas d'autre hémorragie et le malade sort le 1^{er} février 1915, guéri.

Dans un seul cas, la mort fut causée par l'hémorragie elle-même ; trois autres guérèrent, l'autre mourut de congestion pulmonaire.

Un point qu'il nous a paru intéressant de noter, c'est la coïncidence fréquente des hémorragies intestinales et de l'albuminurie : prenons au hasard quel-

ques observations : nous y lisons : Settinprat : selles noires ; albumine. Peyrollier, hémorragie avec syncope ; albuminurie. Sauvegrain : polynévrite, hémorragie ; albumine, Renou et Marfan ont signalé à propos de la pathogénie des hémorragies de la fièvre typhoïde que le diabète y prédisposait, à cause de sa tendance à l'hypertension (Teissier).

Perforation intestinale. — Complication redoutable, qui se produit dans 3 à 4 typhoïdes sur 100 et contribue à elle seule à 10 0/0 des décès (Murchinson). Nous en avons observé quatre cas, suivis de décès. Ces perforations survinrent dans un cas le dixième jour, un autre le huitième, le lendemain ou le surlendemain de leur entrée à l'hôpital. Peacock et Louis ont observé ces formes précoces. Il s'agissait pour nous, de malades qui avaient été transportés en pleine période d'état, et les chocs subis étaient peut-être à incriminer. Les deux autres rentrent dans la formule classique : ils sont apparus aux vingtième-cinquième et trentième jour de la maladie, après un séjour déjà assez long à l'hôpital.

Nous n'avons pas observé de début brusque à grand fracas, avec douleur violente, en coup de poignard. La lésion semblait avoir une évolution insidieuse et les malades se plaignaient d'une douleur sourde mais peu intense : peut-être, devons-nous, comme Murchinson l'indique, attribuer à l'état ataxo-adynamique de nos malades, état antérieur à la perforation, ce début à symptômes masqués. Dieulafoy fait aussi intervenir le petit calibre de la

perforation, comme donnant un début insidieux : cela ne semble pas suffisant pour expliquer le cas dans lequel nous avons eu à intervenir, et où nous avons trouvé une perforation de la grandeur d'une lentille environ.

A l'examen du ventre, on constatait seulement un peu de ballonnement ; puis le lendemain, très rapidement, se produisaient de la rétention d'urine, des vomissements, du hoquet, et la mort survenait au bout de deux à trois jours.

Dans un cas, Obs. IV. — G..., Eugène du 337^e d'infanterie, entré le 10 décembre 1914, au neuvième jour de sa maladie : à la contre-visite de 11 au soir, nous observons une hausse de température de 39°6 à 40°9 soit de 1°3 sur celle du matin, et de 1°2 sur celle de la veille au soir qui était à 39°7. Nous palpons le ventre sans constater rien d'anormal, Vers minuit, le malade réveille l'infirmier, se plaignant de souffrir du ventre assez fortement : il vomit. Le matin, on trouve le ventre un peu tendu, et l'on décide d'intervenir immédiatement. L'opération est pratiquée par le Dr Monprofit. Il trouve une perforation de la grandeur d'une lentille à peine, un peu de liquide dans le péritoine. Le malade se trouve très soulagé, mais meurt le troisième jour.

Le point intéressant est l'élévation de température qui semble avoir précédé la perforation. Voici, résumées, quelques indications sur les modifications thermiques de la perforation : Dieulafoy admet la chute brusque de température ; Lereboullet, Monod

quelquefois l'hyperthermie d'emblée, Courtois-Suffit et Legueu, toujours l'hyperthermie. Ajoutons que Boinet, Fernet, Bazy ont dit n'avoir parfois constaté aucune modification thermique. L. Brin dans sa thèse (Paris, 1911) assujettit l'allure de la courbe thermique à la forme anatomique de la perforation : dans la péritonite sthénique, à généralisation rapide par perforations multiples ou par une grande perforation « la température ne subit parfois aucune modification du fait de la perforation, l'hypothermie est « très rarement constatée, l'hyperthermie est ici « presque la règle, précédée parfois de frissons très « violents, et ce sont certainement des cas de cet « ordre auxquels se rapportent les descriptions des « classiques (Trousseau, Gueneau de Mussy, Lereboullet)... Dans la péritonite typhique à diffusion « lente, par perforation minuscule, l'hypothermie... « l'hyperthermie suivent la marche des lésions anatomiques : à la période de début, les lésions péritonéales sont insuffisantes pour expliquer de grandes modifications thermiques... il faut bien savoir « que l'hypothermie peut, dans certains cas, avec la « douleur et la rigidité musculaire, constituer tout « le tableau clinique. Dans la péritonite asthénique, « des formes ataxo-adiynamiques, l'hypothermie est « le symptôme capital.

Reprenons le cas Guerry, nous sommes portés à penser que l'hyperthermie que nous avons notée est peut être fugace, et qu'elle passe peut-être inaperçue (dans 3 autres cas nous avons noté seulement de

l'hypothermie) si la température n'est pas prise dans les toutes premières heures de la perforation : s'il ne s'agit pas, dans notre cas d'une simple coïncidence, il y a peut-être là un signe précurseur intéressant. Cette surveillance de la courbe thermique s'ajoute aux moyens indiqués par Chantemesse pour dépister la perforation assez tôt pour qu'une intervention chirurgicale reste possible : il faut examiner le malade d'heure en heure, palper le ventre avec beaucoup de soin, en noter la moindre tension. Le facies du malade a aussi une grosse importance : le typhique qui va faire une perforation a un aspect angoissé, anxieux ; il se sent moins bien ; qui a parlé à ce sujet de sa « tête aux abois » expression qui traduit bien l'inquiétude et l'affolement, et qui précèdent de loin le facies péritonéal de la perforation établie.

De plus, il respire vite : la respiration est thoracique pour immobiliser le diaphragme : cette dyspnée, sans signe pulmonaire, nous a semblé un bon symptôme. Chez un de nos malades, nous avons simplement remarqué cette dyspnée. L'auscultation attentive n'ayant donné aucun signe pulmonaire, notre attention fut attirée du côté du ventre, qui était un peu douloureux au palper, sans que le malade se soit plaint d'aucune douleur spontanée. L'après-midi, le malade vomissait de la bile, et deux jours après mourrait de péritonite. Le diagnostic de ces perforations est difficile au début : le faciès, la dyspnée, l'accélération du pouls, l'examen attentif et fréquent du ventre peuvent seuls déceler cette redoutable complication.

Peut-être l'ascension de température indique-t-elle perforation sans hémorragie, la chute de température, l'hémorragie prémonitoire qui souvent passe inaperçue.

APPAREIL RESPIRATOIRE

Epistaxis. — Nous avons rarement soigné les malades assez tôt pour constater l'épistaxis du début de la maladie. L'épistaxis se produisait assez fréquemment en pleine période d'état vers les douzième et quinzième jour. De plus, elle était souvent à répétition, se reproduisant trois, quatre et cinq fois chez le même malade à deux ou trois jours d'intervalle, sans qu'elle ait jamais eu la valeur de phénomène critique que lui attribua Hereck en 1883.

OBS. V. — Hémary J..., 45^e infanterie, entré le 12 janvier 1915. Hémoculture + Eberth. Epistaxis les 13-14-15-17 janvier aux treizième, quatorzième, quinzième, dix-septième jours de sa maladie.

OBS. VI. — Delamaire Victor, 236^e d'infanterie ; HC + ; épistaxis aux dix-huitième et trente et unième jours de maladie.

OBS. VII. — Le Guidard Mathurin. HC — SD + Eberth et + Para A ; épistaxis aux neuvième, onzième et quarante-quatrième jours de sa maladie.

L'épistaxis se produisait quelquefois même après plusieurs jours d'apyrexie, indiquant le début d'une rechute, mais dans un certain nombre de cas elle

s'est produite en pleine convalescence après dix et douze jours d'apyrexie, sans que la température remonte.

Obs. VIII. — Croizier J..., 62^e infanterie, épistaxis après quinze jours d'apyrexie; la température au-dessous de 37 degrés depuis la défervescence ne subit aucune modification.

Sa signification nous paraît donc difficile à établir. Elle nous a paru être fréquente chez les malades atteints d'albuminurie, coïncidant d'ailleurs souvent avec des hémorragies internes.

Bronches. — Chez tous les malades gravement atteints la respiration est rapide; presque tous présentaient de la bronchite marquée par des râles sibilants des deux côtés prédominant soit à droite, soit à gauche.

Cette bronchite s'accompagnait de congestion des bases (râles sous-crépitaⁿts fins). Nous n'avons observé ni pleurésie, ni pneumonie franche, mais un certain nombre de broncho-pneumonies avec expiration prolongée, râles sous-crépitaⁿts dans toute l'étendue des poumons et qui ont causé la mort dans 3 cas. G. Picot dans un travail identique sur l'épidémie de guerre n'a pas noté d'autre complication que 6 ou 7 cas de pleurésie séro-fibrineuse généralement bénigne, et qu'il note parce que cette complication est réputée peu fréquente. Il table sur 1.000 sujets environ.

APPAREIL CIRCULATOIRE

Cœur. — Il n'a jamais été touché au point de retenir toute l'attention. Picot a noté aussi cette rareté des complications cardiaques, surtout de la myocardite, fréquente en général au cours des épidémies et en donna l'explication que voici « probablement parce que la plupart des malades sont des « hommes jeunes, bien sélectionnés, ne présentant « pas de tares de l'appareil cardio-vasculaire ». Disons en passant, et pour conserver à ces lignes toute leur valeur, que nous sommes aux tous premiers mois de la guerre, et que l'armée n'est pas encore ce ramassis d'hommes de valeur physique bien différente qu'elle deviendra par la suite. Donc, dans la moyenne des cas, le cœur se maintenait en bon état. Dans les cas graves, il fléchissait : le premier bruit était assourdi, le rythme devenait pendulaire. Nous n'avons pas constaté d'arythmie.

Le pouls était souvent dicrote, généralement peu rapide par rapport à la température (100 pulsations à 39 degrés) : c'est là un des bons signes de la fièvre typhoïde. Le pouls doit toujours être noté sur la feuille de température : son accélération indique une complication. Dans un cas de gravité moyenne, le pouls a toujours été rapide, sans qu'il y ait eu aucune complication : il s'agissait d'un malade très anxieux qui supportait mal le pyramidon. Mais presque toujours le pouls a été peu rapide.

Phlébites. — Nous n'en parlerons que pour faire remarquer leur début précoce. C'est qu'en effet on les considère comme survenant en général à la convalescence, suivant huit à quinze jours après la défervescence. Dans 3 cas, elle apparaît avant la convalescence, le malade ayant encore 38 degrés. Il s'agissait de formes prolongées, dans un cas au trente et unième jour, l'autre au trente-deuxième jour de la maladie. L'un de ces malades ayant eu de la cholécystite, a eu une phlébite double qui lui a duré cinq semaines. Pour le reste, localisation habituelle sur les saphènes, et évolution sans complication. Voici ces 3 cas :

OBS. IX. — Coatleven J.-M..., 10^e artillerie : typhoïde cliniquement confirmée, apparition rapide à la jambe gauche (où il y a eu antérieurement fracture de Dupuytren) d'une phlébite très marquée avec œdème. Immobilisation dans une gouttière. L'œdème a persisté longtemps.

OBS. X. — Guinot A... 62^e infanterie, entré le 4 novembre 1914 au quatrième jour de sa maladie. Séro-D+. Le 3 décembre, alors que le malade a encore 38 degrés, phlébite de la jambe gauche. Le malade sort guéri au début de janvier.

OBS. XI. — Gillet Camille, 99^e infanterie, salle Bertrand, n 4, malade depuis le 2 octobre, est entré à l'hôpital le 13. Typhoïde confirmée cliniquement. Ictère, urine acajou. Le malade boit difficilement. Les 17 et 14 octobre, deux grands frissons, avec ascension en clocher jusqu'à 40°8 de la température voisine de 40 degrés. Le 2 novembre, le mouvement fébrile s'accroît, et une phlébite se déclare à la jambe

droite. Le 7 décembre en apparaît une autre à la jambe gauche. Le malade sort le 27 décembre 1914.

Artérite — Nous avons observé un cas d'artérite du membre inférieur avec gonflement de la jambe, marbrure, début de gangrène. Le malade est mort.

REIN

La *néphrite*, dont Robin fait un symptôme constant, nous a paru relativement peu fréquente. Nous avons trouvé une albuminurie peu abondante dans 11 cas. Elle apparaissait dans la période d'état, et disparaissait au début de la convalescence. Un fait qui nous a frappé, c'est la fréquence des épistaxis et des hémorragies intestinales chez les albuminuriques (voir paragraphes précédents). Faut-il voir dans ces hémorragies faciles une dyscrasie sanguine due à l'état du rein, bien définie par A. Robin sous le nom de *néphrite simple hémorragique précoce*, par opposition à la *néphrite tardive* qui affecte plus spécialement la forme urémique, ou doit-on les interpréter comme deux manifestations simultanées d'un état infectieux grave ? En tous cas, le fait était à noter au point de vue clinique. L'albuminurie se montre dans les formes graves, au moins sévères, mais elle n'est nullement un signe de pronostic fatal :

Obs. XII. — N... J. B., 108^e d'infanterie, entré le 3 février 1915 : état grave, aphasie, urémie, Cheyne-Stokes. Saignée diète hydrique quatre jours ; lait ; amélioration. Albumine 0 gr. 60 ; examen du fond de l'œil normal (Godéchoux). Rechute le 27 mars : albumine 1 gr. 10 ; urée 11 gr. 20. Liquide céphalo-rachidien : albumine normale.

Dans un seul cas, elle produisait un syndrome urémique avec Cheyne-Stokes et mort consécutive :

OBS. XIII. — M... J., 19^e d'infanterie, lit n° 13, salle B : entré le 10 novembre 1914, décédé le 17 novembre 1914. Epistaxis tardive. Cheyne-Stokes.

Dans les autres cas, les malades guérissent malgré leur néphrite. En général, elle apparaît de la deuxième à la troisième semaine et disparaît à la défervescence.

RATE

La matité splénique était constante dans tous les cas bien caractérisés. La rate était de plus souvent douloureuse ; cette douleur s'atténuait avec le déclin de la température : jusqu'ici rien qui sorte de l'ordinaire, puisqu'il est de règle d'observer une tuméfaction précoce de la rate (1^{re} semaine), parallèle à la température, et d'autant plus marquée que l'atteinte est plus grave (Louis a établi que la rate est toujours touchée, quand la mort survient du 8^e au 20^e jour).

Ce qui a retenu notre attention, c'est que nous avons observé au début de la période d'apyrexie de la convalescence, l'apparition d'une douleur à gauche, d'un *point de côté splénique*, coïncidant avec une élévation de température et avec une augmentation de la matité de la rate. Dans un cas, cette douleur dura deux à trois jours, puis disparut, pour réparaître au bout de deux ou trois jours, la courbe de température suivant les mêmes alternatives. Ce point de côté et la matité nous firent penser à une pleurésie possible. Une ponction exploratrice ne ramena qu'un peu de sang. Il semblait donc s'agir de poussées congestives du côté de la rate, correspondant peut-être à une pullulation de germes, sorte de rechute avortée.

OBS. XIV. — H... A., malade depuis le 11 octobre. Typhoïde prolongée avec bronchite et emphysème ; stupeur très forte, surdité complète. Le 10 novembre, point de côté splénique tardif. Rate : 10 centimètres : grosse et douloureuse. Le 17, une ponction exploratrice ne révèle pas de pleurésie.

OBS. XV. — F... Ch., 60° d'artillerie entré le 15 octobre fièvre typhoïde violente, délire intense, éruption herpétiforme région lombaire. Point de côté splénique tardif : le 6 novembre, première poussée : rate 8 centimètres, douleur, la température passe de 37°4, à 38°2 ; deuxième poussée le 9, la température retombée à 36°8, monte à 37°8.

Nous avons terminé ce rapide exposé, trop court à notre gré. C'est volontairement que nous n'avons cité des observations que ce qui avait rigoureusement trait au fait clinique envisagé : on nous en excusera.

Nous sommes en droit, croyons-nous, de conclure dès maintenant.

CONCLUSIONS

I. — A la période d'état vers le douzième jour de la maladie, souvent le plateau de la température s'abaisse de 1 degré environ. Cette baisse spontanée pourrait, dans certains cas, être attribuée à une thérapeutique instituée à la même époque.

II. — Du fait qu'une simple piqûre d'aiguille a pu provoquer un phlegmon gangréneux, on conçoit la facilité avec laquelle les blessures de guerre peuvent déterminer la gangrène.

III. — Un délire violent, au cours d'une typhoïde, et que Picot attribue à la condition de soldat, nous a plutôt semblé accompagner les cas graves.

IV. — Il est de toute nécessité de dépister, dès leur début, les manifestations buccales de la maladie, leur persistance entraînant une dysphagie qui empêche le malade d'absorber les boissons abondantes nécessaires à son traitement.

V. — Les vomissements reconnaissent des causes multiples : suivant leur date d'apparition et leur manière de se manifester, leur fixer, leur véritable caractère d'intolérance au début, de complication à la période d'état, de rechute, d'inanition ou d'apepsie au déclin de la maladie.

VI. — Les hémorragies intestinales ont été fréquentes, leur gravité moyenne. Elles coïncidaient assez fréquemment avec l'albuminurie.

VII. — Deux bons signes à rechercher avec soin pour dépister la perforation intestinale : 1^o la température subit dès le début une ascension fugace qu'on notera en la prenant d'heure en heure.

2^o Une dyspnée, sans signe pulmonaire, doit faire penser à une perforation qui s'est établie insidieusement.

VIII. — Nous avons observé nombre d'épistaxis à répétition, sans valeur critique, et des épistaxis très tardives annonçant une rechute, ou sans signification.

IX. — Trois fois la mort a été causée par la broncho-pneumonie. Les autres complications pulmonaires furent rares.

X. — Il n'y a pas eu de complications cardiaques.

Trois fois nous avons noté une phlébite précoce, sans apyrexie préalable, et toutes trois ont évolué avec leur bénignité habituelle dans la fièvre typhoïde.

XI. — La néphrite fut peu fréquente. Dans un cas elle conduisit le malade à l'urémie. Plus souvent, elle parut déterminer un syndrome hémorragique. En général, elle disparut à la convalescence.

XII. — A côté des tuméfactions précoces habituelles de la rate, nous en avons noté de tardives, au déclin de la maladie, sous forme de point de côté à gauche, avec élévation thermique et pouvant donner

le change avec une pleurésie. La ponction exploratrice lève les doutes.

En résumé, les points les plus intéressants sur lesquels nous avons voulu insister sont :

1° La baisse de température de 1 degré environ vers le douzième jour ;

2° La valeur de l'hyperthermie fugace et de la dyspnée comme signes de la perforation intestinale.

3° La fréquence de l'épistaxis tardive, à répétition.

4° Le point de côté splénique, avec recrudescence de fièvre passagère, survenant au début de la convalescence.

Vu : le Président de la thèse,

CHAUFFARD

Vu le Doyen :

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Brouardel et Thoinot.* — Traité de Médecine, t. III.
- Dieulafoy.* — Manuel de Pathologie interne.
- Bucquoy.* — France Médicale, 15 nov. 1889.
— Thèse d'agrégation, 1863.
- Chantemesse.* — In traité Charcot-Boucharol, vol. II.
- Chantemesse et Widal.* — Étude sur l'infection typhique
(Annales de l'Institut Pasteur).
- Sergent (E.), Ribadeau-Dumas, Babonneix (L.).* — Traité de
Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée,
t. XII.
- Jaccoud.* — Dictionnaire, article typhoïde.
- Homolle.* — Dictionnaire de médecine et de chirurgie,
t. XXXVI.
- Chauffard.* — Étude sur les déterminations gastriques de la
fièvre typhoïde. Th. de Paris, 1882.
- Courtellemont et Hautefeuille.* — Crises d'hypothermie dans
la fièvre typhoïde (In Gazette Médicale de Picardie.
Année 1908, n° du 4 nov.).
- L. Brin.* — Les formes cliniques de la perforation intestinale
dans la fièvre typhoïde. Th. de Paris, 1911.
- Picot (G.).* — Le service antityphique à Vichy pendant la
campagne 1914-1915 (Th. de Paris, 1915).
- Pilven (J.).* — Contribution à l'étude clinique de la fièvre
typhoïde à propos de diverses observations. Th. de
Paris, 1912.
- Morellet (A.).* — Contribution à l'étude de la phlébite typhi-
que. Th. de Paris, 1908.

Wunderlich. — Température dans les maladies, 1872.

Murchinson. — On the continued fever. London, 1878.

Flessinger, Robin (A.) et Weill. — Syndrome hémorragique
au cours de la fièvre typhoïde bénigne (Sem. Méd.,
14 déc. 1910).

